Deutscher Bundestag
11. Wahlperiode

Drucksache 11/8409

07. 11. 90

Sachgebiet 212

Antwort

der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Schmidt (Nürnberg), Dr. Däubler-Gmelin, Adler, Bachmaier, Becker-Inglau, Dr. Böhme (Unna), Blunck, Bulmahn, Catenhusen, Conrad, Egert, Faße, Fuchs (Köln), Fuchs (Verl), Ganseforth, Dr. Götte, Hämmerle, Dr. Hartenstein, Kastner, Dr. Kübler, Kuhlwein, Luuk, Matthäus-Maier, Müller (Düsseldorf), Dr. Niehuis, Odendahl, Peter (Kassel), Dr. Pick, Renger, Schmidt (München), Schütz, Schulte (Hameln), Seuster, Singer, Dr. Skarpelis-Sperk, Dr. Soell, Dr. Sonntag-Wolgast, Steinhauer, Stiegler, Terborg, Dr. Timm, Dr. Wegner, Weiler, Weyel, Wieczorek-Zeul, Wiefelspütz, Dr. de With, Dr. Vogel und der Fraktion der SPD
— Drucksache 11/7129 —

Methoden von Schwangerschaftsabbrüchen

Vorbemerkung

Fragen nach Methoden von Schwangerschaftsabbrüchen müssen vor dem Hintergrund ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit der Frau beurteilt werden. Im Rahmen der Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland ist die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs darüber hinaus an die Verpflichtung des Staates zum Schutz ungeborenen Lebens, wie sie insbesondere im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 25. Februar 1975 zum Ausdruck gebracht worden ist, und an die §§ 218ff. StGB gebunden.

Der Staat hat eine vorrangige Verpflichtung zum Schutz des ungeborenen Lebens.

Die Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren durch Maßnahmen verschiedener Art dazu beigetragen, daß – soweit das mit Mitteln der Politik möglich ist – die Bedingungen für die Entscheidung von Müttern für Kinder erheblich verbessert worden sind.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit vom 7. November 1990 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Die Bundesregierung hält es für notwendig, Maßnahmen zu ergreifen, die dazu beitragen, daß ungewünschte Schwangerschaften erst gar nicht entstehen. Schwangeren Frauen, die durch ihre Schwangerschaft häufig vor sehr große Probleme gestellt werden, müssen vorrangig Wege aufgezeigt werden, die es ihnen ermöglichen, zu ihrem Kind ja zu sagen.

Im einzelnen hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren

- die Bemühungen um eine verantwortliche sexuelle Aufklärung und Erziehung verstärkt,
- über Möglichkeiten der Familienplanung umfassend informiert,
- auf Unantastbarkeit und Würde des ungeborenen Kindes durch Informationen über das vorgeburtliche Leben in Wort und Bild aufmerksam gemacht,
- die Familienförderung verbessert,
- Sondersituationen, zum Beispiel von Sozialhilfeempfängerinnen dadurch verbessert, daß das Erziehungsgeld und die Leistungen der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens" nicht als Einkommen bei der Sozialhilfe angerechnet werden,
- durch die Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens" die Möglichkeit geschaffen, über gesetzliche Leistungen hinaus in konkreten Einzelfällen zusätzlich zu helfen,
- die Fortführung der betrieblichen Ausbildung bei der Gewährung von Erziehungsgeld ermöglicht,
- die Leistung von Erziehungsgeld ausgebaut,
- durch Öffentlichkeitsarbeit, Forschungsvorhaben, Modellprojekte und Wettbewerbe die Bemühungen um eine kinder- und familienfreundliche Gesellschaft verstärkt.

Entscheidet sich eine Frau unter den Voraussetzungen der §§ 218a ff. StGB für einen Schwangerschaftsabbruch, muß der Abbruch nach der medizinisch am besten vertretbaren und die Gesundheit der Frau schonendsten Methode durchgeführt werden. Das hat im Einzelfall der den Schwangerschaftsabbruch durchführende Arzt zu beurteilen.

Auch bei umfassenden Hilfen mit Rechtsanspruch wird es immer Konfliktsituationen für Frauen geben, in denen sie sich in eigener Verantwortung für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden müssen.

Diese Frauen haben einen Anspruch darauf, daß legale Schwangerschaftsabbrüche nach den risikoärmsten, schonendsten und für sie verträglichsten Methoden durchgeführt werden, die überdies den neuesten medizinischen Erkenntnissen entsprechen.

1. Wie viele der in 1989 bei den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgerechneten nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüche wurden stationär und wie viele ambulant durchgeführt?

Die Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen keine Aufteilung der abgerechneten Schwangerschaftsabbrüche nach ambulant und stationär. Nach Auskunft der Kassen-

ärztlichen Bundesvereinigung wurden 1989 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung 83 924 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. 70 445 (= 83,9 Prozent) davon wurden ambulant in der ärztlichen Praxis und 13 479 (= 16,1 Prozent) stationär belegärztlich vorgenommen.

Über die durch die Krankenhäuser abgerechneten stationär durchgeführten Abbrüche liegen Zahlen noch nicht vor. Nicht erfaßt werden die privat liquidierten Abbrüche.

2. Wie verteilen sich diese Zahlen auf die einzelnen Bundesländer?

Die nach der Antwort zu Frage 1 1989 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechneten Schwangerschaftsabbrüche verteilen sich auf die Bundesländer wie folgt:

Baden-Württemberg	3 255
Bayern	6 695
Bremen	4 222
Berlin	9 594
Hamburg	7 227
Hessen	20 555
Niedersachsen	2 276
Nordrhein-Westfalen	25 495
Rheinland-Pfalz	939
Saarland	1 270
Schleswig-Holstein	2 396
Insgesamt:	83 924

3. Wie hoch belief sich 1989 bei stationären Schwangerschaftsabbrüchen die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus?

Nach den neuesten verfügbaren Zahlen, die sich auf 1986 beziehen, betrug die Verweildauer bei Schwangerschaftsabbrüchen 4,78 Tage.

4. Wie verteilen sich die in 1989 in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüche auf die gängigen medizinischen Abbruchmethoden: Curetage/Absaugmethode/medikamentöser Abbruch?

Die dem Statistischen Bundesamt 1989 gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche wurden vorwiegend mit der Absaugmethode durchgeführt (75,1 Prozent), gefolgt von der Schwangerschaftsbeendigung durch Curettage (22,1 Prozent). Der Einsatz von Medikamenten lag unter 2 Prozent.

Ergänzend hierzu muß angemerkt werden, daß die Meldung über durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche bekanntermaßen nicht vollständig ist und somit absolute Zahlen zu den angewandten Methoden nicht vorliegen können. Es ist auch bekannt, daß Kombinationen der Methoden üblich sind, so die vorherige Gabe

von Prostaglandinen zur Wehenauslösung und Vorbereitung der Muttermunderöffnung, um Verletzungen bei der mechanischen Muttermunderweiterung zu verhindern.

5. Welche Kosten haben die Träger der gesetzlichen Krankenkassen für die einzelnen Abbruchmethoden übernommen?

Da statistisches Material zu den medizinischen Abbruchmethoden im Rahmen der Statistik der gesetzlichen Krankenkassen nicht vorliegt, läßt sich auch die Frage nach den Kosten für die einzelnen Abbruchmethoden nicht beantworten.

6. Welche medizinischen Methoden werden bei Schwangerschaftsabbrüchen in der DDR überwiegend angewendet, welche Kosten sind hierfür jährlich etwa aufzubringen, und wie wurden diese bisher finanziert?

Nach Mitteilung des ehemaligen DDR-Gesundheitsministeriums ergibt sich folgendes:

1. Methoden, die in der ehemaligen DDR angewandt werden:
   1. Einzeitige Methode
      Vakuumabsaugung
      bei der Mehrzahl der Frauen (ca. 75 bis 80 Prozent)
      durchschnittliche Liegedauer 1,2 bis 1,5 Tage
   2. Zweizeitige Methode
      mit Prostaglandinanwendung
      bei Jugendlichen und Erstschwangeren
      (ca. 20 bis 25 Prozent der Frauen)
      durchschnittliche Liegedauer vier bis fünf Tage
2. Kosten

   Der Schwangerschaftsabbruch wurde über die Krankenversicherung finanziert und nicht gesondert erfaßt. Die Höhe der Kosten ist daher nicht bekannt.

7. Ist der Bundesregierung bekannt, daß in Frankreich jeder fünfte legale Schwangerschaftsabbruch medikamentös (Mifepriston in Verbindung mit Prostaglandin) im Frühstadium der Schwangerschaft durchgeführt und dabei eine Anästhesie vermieden wird, und wie beurteilt sie diese Methode unter medizinischen und rechtlichen Aspekten?

In Frankreich gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung ca. 750 gesetzlich autorisierte Zentren, in denen der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird. Neueste Angaben über den Anteil der dort medikamentös durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche sind hier nicht bekannt. Über die Wirksamkeit einer kombinierten Anwendung von beiden Substanzgruppen innerhalb der ersten neun Schwangerschaftswochen liegen publizierte Ergebnisse vor. Danach wurde in 96 Prozent der Fälle die Schwangerschaft beendet. Als „Mißerfolge" wurden Bestehenbleiben der Schwangerschaft, unvollständige Ausstoßung und verlängerte

Blutungen bezeichnet. Auf das Erfordernis einer Nachuntersuchung (Ultraschall oder Bestimmung des Schwangerschaftshormons) acht Tage nach dem Eingriff wiesen die Autoren hin. In diesem Zusammenhang bedarf es der Erwähnung, daß das Antiprogresteron nach Expertenauskunft bei Eileiter-Schwangerschaften nicht sicher wirksam ist. Das Risiko nicht erkannter Eileiter-Schwangerschaften muß also auch bei diesem Verfahren des Schwangerschaftsabbruchs gesehen werden.

Nach allgemeiner Meinung der Fachleute ist eine Vergleichbarkeit der Medikamentenkombination (Mifepriston und Prostaglandin) nur mit der am häufigsten angewandten Methode der Vakuumaspiration zulässig. In einen solchen Vergleich können auch nur Zahlen der Frühschwangerschaft einbezogen werden. Auch müssen die unterschiedlichen Erfahrungen der Operateure und Modifikationen der Methode berücksichtigt werden. So wird beispielsweise vielerorts bei der sog. Mini-Aspiration in der frühen Schwangerschaft nur eine örtliche Betäubung durchgeführt und eine generelle Anästhesie nicht gebraucht. Alles in allem ist danach die Mißerfolgsrate bei der Aspiration nicht höher als bei der hier angesprochenen kombinierten medikamentösen Methode, nämlich 0,85 Prozent sofortige und 3,53 Prozent verzögerte Komplikationen.

Die rechtliche Beurteilung eines Schwangerschaftsabbruches mit der hier besprochenen medikamentösen Methode ergibt sich aus den rechtlichen Voraussetzungen für den Schwangerschaftsabbruch im allgemeinen.

8. Wie hoch belaufen sich die durchschnittlichen Kosten für einen solchen medikamentösen Abbruch im Einzelfall?

Für einen medikamentösen Abbruch belaufen sich durchschnittlich und schätzungsweise die Kosten auf etwa 300 DM, wobei die Kosten für Mifepriston in Frankreich zugrunde gelegt werden und 45 DM für eine Ampulle Prostaglandine einbezogen werden.

9. Teilt die Bundesregierung die Auffassung von medizinischer Seite, daß ein medikamentöser Abbruch weniger belastend als ein operativer Eingriff ist, und welche gesundheitspolitischen Konsequenzen zieht sie daraus für die Bundesrepublik Deutschland?

Der Bundesregierung ist nicht bekannt, daß es eine einheitliche medizinische Auffassung gibt beim Vergleich „Vakuumaspiration versus kombinierte medikamentöse Methode in der Frühschwangerschaft".

Verschiedene Publikationen weisen darauf hin, daß es unterschiedliche Bewertungskriterien gibt, was bei welcher Methode im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch objektiv bzw. subjektiv als mehr oder weniger belastend angesehen wird.

So kommt es beim Einsatz von Medikamenten beim Schwangerschaftsabbruch zu Schmerzen, Schwindelgefühl, Übelkeit und

Erbrechen. Hinsichtlich einer Narkose zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches gibt es ebenfalls unterschiedliche Bewertungskriterien. Zwar besteht auch in seltenen Fällen ein aus medizinischer Sicht erhöhtes Narkoserisiko, doch genauso gibt es den ausdrücklichen Wunsch betroffener Frauen, bei dem Eingriff nicht wach bleiben zu müssen. Ob unter den bestehenden guten hygienischen Voraussetzungen in der Bundesrepublik Deutschland überhaupt Unterschiede für ein Infektionsrisiko im Hinblick auf verschiedene Methoden des Schwangerschaftsabbruchs bestehen, ist nicht bekannt. Daß der bereits praktizierte Einsatz von Prostaglandinen – also auch ein medikamentöser Einsatz zur Schwangerschaftsbeendigung – zweifelsfrei eine in medizinischer Hinsicht schonendere Eröffnung des Muttermundes darstellt als die alleinige mechanische Erweiterung des Gebärmutterhalskanals, ist bekannt. Auch bekannt sind die in diesem Zusammenhang von Frauen geäußerten Beschwerden, z. B. wehenartige Schmerzen.

10. Wie beurteilt es die Bundesregierung ferner, daß die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit RU 486 durchgeführte medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche vor allem zur Anwendung in den außereuropäischen Ländern unterstützt, und inwieweit ist die Bundesregierung durch der WHO zur Verfügung gestellte Forschungsmittel für Kontrazeptiva an der Erprobung von RU 486 bereits beteiligt?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage „Zu der Beteiligung der Bundesrepublik Deutschland an den bevölkerungspolitischen Programmen in Entwicklungsländern" (Drucksache 11/7439 – Frage 56) verwiesen.

11. Hat der Hersteller von RU 486, Fa. Höchst AG, beim Bundesgesundheitsamt die Zulassung dieses Medikaments beantragt oder ist eine solche beabsichtigt?

Der Hersteller von RU 486 hat beim Bundesgesundheitsamt keinen Antrag auf Zulassung dieses Präparats als Arzneimittel gestellt. Es ist nach Auskunft des Herstellers auch nicht beabsichtigt, einen solchen Antrag zu stellen.

12. Inwieweit würde der bevorstehende Europäische Binnenmarkt, für den auch die gegenseitige Anerkennung der Zulassungsverfahren vorgesehen ist, die gesonderte Zulassung von RU 486 entbehrlich machen, nachdem Mifepriston/RU 486 bereits von dem Hersteller Roussel-Uclaf in Frankreich vertrieben wird?

Das künftige System der gemeinschaftlichen Arzneimittelzulassung wird auch nach Inkrafttreten des Europäischen Binnenmarktes den Mitgliedstaaten die Möglichkeit eröffnen, das Inverkehrbringen von als bedenklich anzusehenden Arzneimitteln zu verbieten.

Die Bundesregierung hat die französischen Behörden um Mitteilung gebeten, ob und inwieweit RU 486 in Frankreich einer ein-

geschränkten Verkehrsfähigkeit (z. B. Anwendungen nur in bestimmten Krankenhäusern) unterliegt. Für diesen Fall käme u. U. ein Inverkehrbringen von RU 486 für den Export nicht in Betracht, so daß schon aus diesen Gründen ein Vertrieb im Gebiet des Europäischen Binnenmarktes ausgeschlossen wäre.

Druck: Thenée Druck KG, 5300 Bonn, Telefon 23 19 67
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (02 28) 36 35 51, Telefax (02 28) 36 12 75
ISSN 0722-8333